

in Richtung der ersten Zeit hatte man kommen Station

Inhalt hatten Sie zu beantworten , werde ich es nur auf Abgabe Dienstleistungen für Patienten zu verwenden. Ich tu das nicht offenzulegen oder geben Sie Ihre persönlichen Informationen, um Ihre nicht anders angegeben Dritte ohne . Wir beobachten das Personal Information Protection Act.

phonetisch Name		Mann Frau	Gegenüber Kindern Körpergewicht kg	Generika
Geburtsdatum	(M · T · S · H) Jahr	Monat	Tag	<input type="checkbox"/> Ich wünsche <input type="checkbox"/> nicht wünschen, <input type="checkbox"/> Beschreibung Hoffnung
Anschrift	〒 _____ - _____			
Telefonnummer	Kontaktinformationen ()			

~~Es ist ein Arzneimittel mit darauf geachtet werden, Matching und Krankheit zu trinken, so wenden Sie sich bitte im Bereich nicht zu a ssig beantworten.~~

Sind Sie f ü hrt Sie in welche Symptome heute?

Neben den heutigen Besuch, Sie haben eine Krankheit oder therapeutisches Arzneimittel f ü r die Behandlung haben zur Zeit?

- gibt es keine ist
- Bluthochdruck Diabetes Dyslipidämie Hyperurikämie Erkrankungen des Gehirns Herzkrankheiten
 Leberkrankheit Nierenkrankheit Urologische Erkrankungen Magen·Zwölffingerdarm Geschwür
 Atemwegserkrankungen Katarakt Glaukom _____

Bitte schreiben Sie, wenn Sie den Namen Ihres Medizin kennen.

Gibt es eine Theke Medikamente, die Sie au ß er Medizin, die heute verschrieben hat verwenden?

- gibt es keine ist
- kalte Medizin Magen-Darm-Medikament Schmerzmittel Vitaminpillen _____

Haben Sie das Medikament nicht auf den K ö rper passen so weit?

- gibt es keine ist
- Durchfall Magenschmerzen Ekzem Das Atmen wurde schmerzhaft Schläfrigkeit Der Hautausschlag war

Bitte schreiben Sie, wenn Sie den Namen Ihres Medizin kennen.

Haben Sie, dass auf Ihre Verfassung beantragen?

- Nahrungsmittelallergie (Eiweiß Milchprodukte Weizen Buchweizen Fisch Garnele·Krabbe _____)
 allergische Diathese (Atopie Rhinitis Heuschnupfen Asthma Nesselsucht _____)
 Schwachen Magen Leicht zu Durchfall Verstopfung neigen Schwache Haut _____

Wohnen Gewohnheit

~~Dass es um die Verwendung Ihrer Medizin bezogen werden, beantworten Sie bitte so viel wie m ö glich.~~

					
Zigarette <input type="checkbox"/> nicht einatmen <input type="checkbox"/> Ich sauge	Schnaps <input type="checkbox"/> nicht trinken <input type="checkbox"/> ich trinke	Der Betrieb von Auto <input type="checkbox"/> nicht Antrieb	Betriebsklima <input type="checkbox"/> Luft <input type="checkbox"/> Maschinenbe dienung <input type="checkbox"/> Nachtschicht	Für Frauen <input type="checkbox"/> Schwangers chaft (Monate) <input type="checkbox"/> in der Stillzeit	Vorsicht <input type="checkbox"/> schwerhörig <input type="checkbox"/> Hitsudan Hoffnung <input type="checkbox"/> []

Vielen Dank f ü r Ihre Mitarbeit.

Ltd. suzuran _____ Apotheke